

Nordseeklinik Helgoland
(Aufnahmeabteilung)
Invasorenpfad 1040
27498 Helgoland

Tel.: 0 47 25 / 803 135
Fax.: 0 47 25 / 803 127

info@helgoland.pkd.de
www.nordseeklinik-helgoland.de

**Anmeldung zur Durchführung einer stationären
Behandlung in der Nordseeklinik Helgoland**

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Klinik. Um Ihren Aufenthalt möglichst optimal vorbereiten zu können, bitten wir um die folgenden Informationen:

1. Persönliche Daten:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon (mit Vorwahl):	
Handynummer:	
ggfs. E-Mail-Adresse oder Faxnummer:	
Krankenkasse / Versichertennummer:	
Liegt eine Vorsorgevollmacht / Patienten- / Betreuungs- Verfügung vor?	☐ Ja ☐ Nein

2. Name, Geburtsdatum, Adresse und Telefonnummer der / des nächsten Angehörigen / Kontaktperson (Notfallkontakt):

3. Name, Adresse und Telefonnummer der einweisenden Neurologin / Neurologen bzw. Hausarzt / Hausärztin:

<u>Neurologe / Neurologin:</u>	<u>Hausarzt / Hausärztin:</u>

4. Unterbringung in unserem Haus:

- ☐ Unterbringung in einem Zweibettzimmer mit Bad
(übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung)

Zusätzliche Wahlleistungen:

1. Wahlärztliche Leistung (Chefarztwahl)

- ☐ Selbstzahler ☐ private Krankenversicherung

2. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit Dusche und WC

- ☐ Selbstzahler ☐ private Krankenversicherung

Wahlleistungen werden **nicht** von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen. Bitte kreuzen Sie einen Kostenträger an, da Ihre Wünsche sonst nicht berücksichtigt werden können.

5. Waren Sie schon einmal bei uns in der Klinik?

- ☐ Ja, wann: ☐ Nein

Wann wurde zuletzt eine stationäre Parkinson-Therapie durchgeführt?

6. Diagnose

- ☐ Parkinson-Krankheit ☐ Restless-Legs
☐ Andere: _____

WICHTIG! Wann wurde die Diagnose gestellt? _____

Haben Sie einen Hirnschrittmacher?
(Tiefe Hirnstimulation)

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, von welcher Firma?

☐ Medtronic

☐ Boston Scientific

☐ Abbott

Wann und wo fand die Operation statt? _____

Haben Sie eine Medikamentenpumpe?

☐ Ja; welche: _____

☐ Nein

7. Aktuelle Beschwerden und Krankheitszeichen

- Verschlechterung der Beweglichkeit** ☐ Ja ☐ Nein
- Wirkungsfluktuationen (On / Off Symptomatik)** ☐ Ja ☐ Nein
z. B. nachlassende Medikamentenwirkung,
Überbewegung, morgendliche / nächtliche Unbeweglichkeit
- Gedächtnisstörung / Orientierungsstörung** ☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Schwierigkeiten sich in einer
fremden Umgebung zurechtzufinden?
- Halluzinationen** ☐ Ja ☐ Nein
Haben / Hatten Sie jemals Trugbilder
oder Halluzinationen?

Bitte beschreiben Sie kurz die aktuellen Beschwerden / Krankheitszeichen:

Haben Sie Medikamente nicht vertragen zum Beispiel in Form von Halluzinationen, Übelkeit oder andere Nebenwirkungen (wenn ja, schildern Sie diese kurz)?

Weitere Allergien und / oder Unverträglichkeiten:

8. Pflegegrad

- **Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor** ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welcher? _____
- **Werden Sie von einem Pflegedienst betreut?** ☐ Ja ☐ Nein
- **Benötigen Sie Hilfe von Angehörigen?** ☐ Ja ☐ Nein

9. Mobilität

- **Haben Sie Hilfsmittel?** ☐ Ja ☐ Nein
(Rollstuhl, Rollator oder Ähnliches)
- Wenn ja, welche? _____
- Wann benutzen Sie das Hilfsmittel? ☐ Immer ☐ Bei Bedarf

10. Gleichgewicht

- **Sind Sie in den vergangenen 2 Monaten gestürzt?** ☐ Ja ☐ Nein
- **Wenn ja, wie häufig und in welchen Situationen?**

- Können Sie aufrecht und ohne Hilfe **stehen**? ☐ Ja ☐ Nein
- Können Sie aufrecht und ohne Hilfe **sitzen**? ☐ Ja ☐ Nein
- Können Sie aufrecht und ohne Hilfe **gehen**? ☐ Ja ☐ Nein

11. Aktivität zu Hause

- **Treiben Sie regelmäßig Sport?** ☐ Ja ☐ Nein
➤ Wenn ja, welchen?

- **Haben Sie ein Hobby?** ☐ Ja ☐ Nein
➤ Wenn ja, welches?

- Nehmen Sie regelmäßig an therapeutischen Maßnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Reha-Sport etc. teil? ☐ Ja ☐ Nein
 - Wenn ja, welche und wie häufig?

Medikationsplan

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitten listen Sie Ihre gesamte derzeitige Medikation auf:

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Uhrzeit →									
Medikamente ↓	Stärke / mg ↓								

Leiden Sie an weiteren Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, etc.)?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Bitte fügen Sie aktuelle Befunde bei, falls vorhanden!

Bitte senden Sie diesen Fragenbogen komplett ausgefüllt an uns zurück. Für die Behandlung in der Nordseeklinik Helgoland ist unbedingt **vorab** auch der vom einweisenden Arzt ausgefüllte Fragebogen sowie ein aktueller Medikamentenplan notwendig.

Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung Ihrer Unterlagen erst nach Eingang *beider* Fragebögen erfolgen kann!

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

Datum, Unterschrift